LA TUBERCULOSE PULMONAIRE BÉNIGNE



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1908



PAR

Paul MURAT

Né à Livernon (Lot), le 30 janvier 1878

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES, BELLES-LETTRES ET ARTS DE BORDEAUX (Prix de médecine, 1907)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . DOYEN
SARDA . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT ED	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET (✻), *président*.	MM. VIRES, *agrégé*.
RAUZIER, *professeur*.	LAGRIFFOUL, *agrégé*.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR LOUIS MURAT

Qui m'a prodigué ses conseils précieux au cours de mes études et a été l'inspirateur de ce travail.

MEIS ET AMICIS

P. MURAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE

A MM. LES PROFESSEURS CHAVANNAZ ET SABRAZÈS
DE BORDEAUX

A MM. LES DOCTEURS LAGET ET BOINET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

L. PERRIN

PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ODDO

PROFESSEURS DE PATHOLOGIE INTERNE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Hommage de respectueuse gratitude

P. MURAT.

LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

BÉNIGNE

CHAPITRE PREMIER

FRÉQUENCE DE L'AFFECTION. — ÉTIOLOGIE

La tuberculose bénigne (1) est une maladie extrêmement fréquente. La démonstration irrécusable en est fournie par les données des autopsies. On trouve, dans la majorité des cas, chez les adultes, des granulations fibreuses ou cré-

(1) Nous disons tuberculose bénigne par opposition à la forme classique, maligne, dont l'aboutissant est la phtisie. La qualification de « bénigne » nous paraît préférable à celle d' « atténuée », parce qu'elle indique des formes courtes d'ordinaire, et guérissant spontanément d'une façon rapide. La tuberculose atténuée embrasse, au contraire, des formes cliniques plus sérieuses, notamment les formes torpides à évolution progressive. Elle peut constituer un type de transition entre la tuberculose bénigne et la tuberculose pulmonaire classique.

D'autre part, le terme de tuberculose atténuée paraît impropre pour désigner les tuberculoses, somme toute, de beaucoup les plus fréquentes d'après les données des autopsies.

tacées, parfois caséeuses, éparses dans les sommets des poumons. On y trouve même assez souvent des cavernules.

D'après Boudet, N. Guillot, Beau..., on trouve chez les 4/5 des individus adultes quelques tuberculès au sommet du poumon. D'après Nægeli, des lésions tuberculeuses existent sur 96 p. 100 des cadavres que l'on examine ; d'après Burkhard, sur 91 p. 100. Voici les chiffres fournis par Nægeli suivant les âges : pas de constatation nette de tuberculose aux autopsies au-dessous d'un an ; 17 0/0 de 1 à 5 ans ; 50 0/0 de 14 à 18 ans ; 96 0/0 de 18 à 30 ans. Au-dessus de cet âge, Nægeli n'a pas trouvé de cadavre ne portant pas quelque trace de tuberculose au poumon.

Letulle, Déjerine, Kelsch, Brouardel, Wolff, dans des travaux distincts, estiment qu'on trouve des tubercules dans plus de la moitié des autopsies.

Les recherches de Fram, Pizzino, Spengler, Rouget, par des méthodes diverses, sur le vivant, confirment ces données.

Cette affection bénigne, spontanément curable, qui atteint la plus grande partie de l'humanité, cette pandémie presque universelle, mérite de prendre place dans les cadres de la nosologie et d'être décrite à côté de la tuberculose progressive torpide et des trachéo-bronchites vulgaires.

La symptomatologie spéciale de cette affection existe, souvent bien nette, et il y a, entre la tuberculose bénigne et la tuberculose grave, la différence et la distance qui séparent, par exemple, l'ictère catarrhal de l'ictère grave. La cause (bacille de Koch) est identique, en dernière analyse, dans les cas de tuberculose bénigne et de phtisie progressive, mais ne décrit-on pas de même, en deux chapitres distincts, la symptomatologie de l'ictère bénin et celle

de l'ictère grave primitivement ou secondairement aggravé ? On ne peut soutenir non plus qu'il n'existe que des bronchites simples ou la phtisie classique.

Dans de nombreux cas, il est facile à un médecin de reconnaître, chez les personnes observées et dès longtemps connues de lui, la période de leur existence dans laquelle a évolué la tuberculose bénigne, dont on retrouverait à l'autopsie les stigmates anatomiques.

L'étiologie de cette affection est facile à saisir. Dans les milieux urbains surtout, les inoculations microbiennes, et, en particulier, celles dues au bacille de Koch, sont presque incessantes; elles sont quotidiennes; elles se produisent dans certains cas et dans certains milieux cent fois par jour. Heller a calculé qu'un phtisique expectorait journellement en moyenne 700 millions de bacilles !

Ceux-ci, disséminés par la dessiccation des mucosités dans les rues, les monuments, les maisons privées, sur les places publiques, les trottoirs, les poignées de portes, les pièces de monnaie, les livres, les journaux lus, etc., dispersés, en outre, constamment autour du malade, dans ses allées et venues, en gouttelettes imperceptibles, par la voix et la toux comme par un vaporisateur, se trouvent en réalité à peu près partout.

Même en dehors des foyers urbains, n'a-t-on pas calculé que, dans l'air normal, il y a 20 germes cultivables par litre, qu'il passe donc, dans les conditions les plus favorables, des millions de germes, dont beaucoup sont pathogènes, dans le poumon chaque année ? Il en est introduit dans l'organisme un bien plus grand nombre encore par les aliments et les boissons à travers la muqueuse des voies digestives.

Que se produit-il en cas d'inoculation par la voie aérienne, lymphatique ou sanguine ?

1° Si l'organisme est très robuste, il n'y a pas de germination tuberculeuse, ou bien celle-ci avorte presque aussitôt.

2° Si, au contraire, le sujet est de constitution très fragile ou épuisé par des excès ou affaibli par des maladies broncho-pulmonaires antérieures, par la fièvre typhoïde, le diabète, la syphilis, l'alcoolisme, etc., le bacille, suivant les forces et les résistances phagocytaires et antitoxiques de l'organisme, développe la tuberculose bénigne ou la tuberculose ordinaire.

3° Si l'économie est à peu près saine et l'équilibre organique normal ou seulement momentanément troublé, il n'éclôt que de la tuberculose bénigne, sauf les cas suivants :

a) Bacilles particulièrement virulents : variété microbienne spéciale ou bactéries exceptionnellement vigoureuses, qui brisent tous les obstacles, déterminent un chimiotactisme négatif, annihilent la phagocytose et produisent des formes aiguës en se multipliant rapidement et en empoisonnant l'organisme de ces toxines qui font parfois d'un tuberculeux au premier degré un moribond.

b) Bacilles inoculés en grand nombre : inoculations répétées dans le milieu familial ou contamination prolongée dans une caserne, une prison, un bureau, un hôpital, etc. Cependant, encore dans ces cas, on ne constate souvent que des tuberculoses légères et avortées.

Chez les sujets délicats et fragiles au point de vue pulmonaire, que certains dénomment des « prétuberculeux », nous croyons — dans les cas de trachéo-bronchites traînantes plusieurs fois répétées chaque année, — à des réinoculations et à des réinfections faciles, plutôt qu'aux manifestations successives d'une tuberculose latente au bout d'un certain temps.

On dira qu'il est irrationnel de voir là, chaque fois, une nouvelle maladie ; et, pourtant, les incessantes contaminations et guérisons sont un fait indéniable, et, en outre, après une première tuberculose bénigne, une deuxième est peut-être plus facilement contractée, quoique souvent moins sérieuse, de même qu'une première angine en prépare une deuxième, quelquefois une série entière, à longs intervalles.

Nous ne nions pas, du reste, que la congestion des lésions torpides de la tuberculose atténuée ne soit un fait vraisemblable. Mais les deux cas, réinoculations bégnines et congestions répétées, existent assurément au même titre, et les premières ne sont pas moins fréquentes que les secondes.

Comme conséquence des incessantes contaminations, on peut souvent constater des rhumes pénibles et tenaces chez d'anciens tuberculeux, des états d'aggravation, ou du moins des époques critiques chez des tuberculeux torpides, tous phénomènes qui sont des infections et des inoculations renouvelées chez les uns, surajoutées chez les autres et qui, chez tous, décèlent une lutte nouvelle passagère.

On constate, chez ces sujets, des périodes de malaise après le séjour dans des endroits poussiéreux, au cours de fêtes urbaines, ou dans des lieux confinés : églises, salles de conférences, salles de théâtre ou de concerts, cafés, etc. Pendant huit, quinze jours et plus, parfois quatre ou cinq jours seulement, il y a un peu ou un peu plus d'expectoration le matin au réveil ou au lever, quelques saccades de toux sèche, quelques douleurs fugaces et erratiques au haut du thorax, quelques moiteurs de la peau au réveil dans cette même région, de la faiblesse générale, un léger

malaise indéfinissable, qui pourraient être mis le plus souvent sur le compte d'une congestion banale, mais seulement ébauchée, des points pulmonaires suspects.

C'est là une tuberculose bénigne en évolution, soit postérieure à la guérison de la tuberculose chronique, dans le premier cas que nous avons envisagé, soit, dans le second, développée parallèlement à l'évolution de cette dernière. Quand l'organisme, par la phagocytose et par ses autres admirables moyens de défense, a triomphé, comme il est de règle, le bien-être revient, et il ne reste pas trace de ces symptômes, véritable tuberculose éphémère, qui ont parfois passagèrement préoccupé le sujet.

La tuberculose bénigne est fréquente à tout âge. Cependant, vers la quinzième ou la vingtième année, le bacille de Koch détermine, plus souvent peut-être qu'à une autre période de l'existence, la tuberculose pulmonaire progressive. Autour de la trentaine et au-delà, l'organisme réussit plus constamment à maintenir ses attaques dans les limites quasi physiologiques de la tuberculose bénigne.

La sclérose, dans ses manifestations si nombreuses, lot surtout de la sénilité, serait même, d'après les idées de Poncet, non la cause des formes atténuées de la tuberculose, comme beaucoup l'ont admis, mais au contraire l'effet des atteintes du bacille de Koch. La réaction inflammatoire de l'organisme, dans ce cas, constitue une véritable « diathèse sclérosante, productrice de fibroses localisées de tous les appareils et de tous les organes ». (Académie de médecine, 18 mai 1908.) La tuberculose bénigne détermine ainsi fréquemment la diathèse arthritique. « Les arthritiques nerveux, dit ailleurs le même auteur, ne sont bien souvent que des tuberculeux. » La tuberculose est ici à forme « arthritisante, c'est-à-dire bénigne

localement. » (Poncet, La maladie de Calvin, Soc. méd. des Hôp., avril 1908.)

« La tuberculose, dit également Collet, est une cause fréquente de rhumatisme déformant. Il s'agit de malades porteurs de tuberculose pulmonaire atténuée et souvent fibreuse. »

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de cette affection peut-elle être décrite avec netteté ? Il est certain que la maladie évolue parfois sans aucun signe perceptible, tant les symptômes sont alors atténués et la lésion légère et localisée ; mais très souvent, peut-être, pourrait-on dire, dans la majorité des cas, il y a réaction appréciable de l'organisme.

Voici les formes cliniques qui dessinent en général le tableau de la tuberculose bénigne :

L'affection prend le plus fréquemment le masque d'une bronchite bâtarde et traînante, avec un certain retentissement, léger souvent, mais anormal cependant, sur l'état général, ou celui d'une grippe, d'une courbature avec phénomènes fébriles plus ou moins marqués. On peut rattacher à cette dernière forme la bacillose de Landouzy, qui va jusqu'à simuler la fièvre typhoïde.

Il est aussi des formes très bénignes dans lesquelles on ne constate qu'une légère dépression vitale, quelques semaines ou quelques mois durant, sans toux ni troubles autres que des symptômes insignifiants et difficiles à fixer. Il y a enfin des formes tenaces et longues, mais à évolution favorable, ce qui les distingue de la tuberculose commune torpide et progressive, qui ne rentre pas dans le cadre de notre étude.

Dans la forme ordinaire de la tuberculose bénigne : rhumes torpides, insidieux, peu francs, pénibles et traînants, voici la symptomatologie la plus habituelle :

Et d'abord, la tuberculose bénigne s'observe fréquemment chez les jeunes sujets dont l'habitus est celui des prédisposés à la phtisie : sujets maigres et débilités, à facies spécial, à thorax étroit, à régions claviculaires et scapulaires amaigries, atrophiées, sujets qui sont un terrain de prédilection sur lequel le bacille de Koch multiplie ses atteintes.

La tuberculose bénigne s'observe aussi, du reste, communément, sur des constitutions ne présentant aucune tare.

Comme symptômes généraux; on observe chez les malades un certain affaiblissement avec ou sans catarrhe bronchique, petite toux, etc., une déperdition plus ou moins appréciable des forces. Ils offrent moins de résistance à la fatigue, ne se voient pas capables des mêmes efforts, sans du moins s'en ressentir à la suite. On constate un certain état de langueur et d'apathie. L'attitude est parfois nonchalante et languide. A cette débilité, venue sans cause connue, peuvent se joindre un amaigrissement inexplicable et un mouvement fébrile léger, sur le soir.

En outre, il coexiste souvent dans les formes accentuées une pâleur spéciale du visage, s'accompagnant de signes d'anémie. Le visage est d'un blanc terne, un peu terreux, comme l'avaient, en effet, remarqué Germain Sée ainsi que Grancher et Labbé.

Les symptômes d'asthénie révèlent une « neurasthénie tuberculeuse », causée sans nul doute par l'élaboration des toxines bacillaires et l'imprégnation de l'organisme par celles-ci.

Dans beaucoup de cas où la constitution est robuste, les

symptômes généraux sont insignifiants ou non existants, et tout se borne à quelques symptômes bronchiques, à une expectoration traînant d'une façon inaccoutumée.

Souvent cependant, le malade présente, en outre, un essoufflement facile, véritable dyspnée *sine materia,* dyspnée subjective ou réflexe. Il éprouve une certaine constriction thoracique, une sensation de gêne respiratoire, surtout dans les efforts, la montée d'un escalier, l'ascension d'une côte..., sensation d'étau, de main lourdement posée sur l'épaule malade, etc.

Joignez à cela parfois, soit des palpitations, soit de la tachycardie, soit de l'hypotension artérielle, de la polydipsie et de la polyurie, des troubles de l'appareil digestif : manque d'appétit inexpliqué ou dyspepsie assez fréquemment, parfois diarrhée, etc. ; quelques troubles de la menstruation chez la femme : dysménorrhée, aménorrhée. On constate, d'autre part, des douleurs thoraciques spontanées ou provoquées par la pression dans la région des sommets, des douleurs rhumatoïdes et erratiques, des sueurs nocturnes ou plus fréquemment des chaleurs et des moiteurs aux épaules, le matin au réveil.

De plus, dans la majorité des cas, il existe un très léger catarrhe bronchique subaigu torpide ou de la trachéobronchite à répétition, qui rappellent parfois le classique « rhume négligé ».

Ces malades, après guérison du catarrhe, restent exposés aux rechutes à l'occasion d'un abaissement brusque de la température, ou d'une course au dehors par une journée de pluie, ou pour une coupe de cheveux par temps froid, etc. Une facilité nouvelle et inexpliquée d'enchifrènement, une propension aux coryzas, une susceptibilité aux refroidissements, énervent et quelquefois dépriment ces sujets par les entraves qu'elles mettent à la vie ordinaire.

L'expectoration est celle d'une bronchite vulgaire, avec purulence normale à sa deuxième période (coction). Puis, l'expectoration diminue et les crachats, sans disparaître, redeviennent grisâtres, muqueux, sans caractères spéciaux.

On constate assez souvent, dans les crachats, des points ou des stries de sang, généralement attribués par les malades à un trop fort accès de toux qui a érodé la muqueuse, ou à toute autre cause mécanique indépendante d'une lésion. On doit attacher une réelle importance diagnostique à ces petits filets de sang, voire à quelques stries ou points rouges, quand bien même ils ne se produiraient qu'une fois.

Quant à la voix, elle est fréquemment affaiblie ou gênée, vite enrouée à la lecture ou éraillée par une conversation animée. Le larynx est dans l'impossibilité de produire clairement les sons aigus. Cet enrouement, qui revient sans cesse, ce trouble continuel, quoique peu intense, de la voix, nous paraît devoir être attribué à l'ascension dans le larynx, de par le mouvement des cils vibratiles de la trachée, de mucosités très petites qui montent constamment, aux moindres efforts de la respiration, par suite des vibrations pulmonaires et des expirations brusques et saccadées produites par la parole.

Elles couvrent la voix en séjournant sur les cordes et en troublant leurs vibrations. Mais il n'y a point, d'ordinaire, une inflammation de ces cordes, quand la torpidité est complète et l'inflammation bronchique inexistante ou disparue. Encore moins aurait-on à voir là une lésion précoce du larynx qui, dans la généralité des cas, ne sera jamais pris.

Ces mucosités, qui sont grosses comme des têtes d'épingle ou des grains de millet et sont sans cesse déglutics, si

ce n'est lorsque le sujet y porte attention et fait un effort spécial pour les expectorer, empêchent constamment la limpidité de la parole, malgré que parfois l'expectoration journalière soit nulle en apparence.

Enfin, on observe encore, dans bon nombre de cas, une petite toux parfois entièrement sèche, sans aucun catarrhe, toux persistante, révélant la présence d'une « épine » dans le poumon.

Etudions maintenant les signes d'auscultation. Ceux-ci sont souvent négatifs et quand on trouve quelque chose, ce sont des symptômes banaux de trachéo-bronchite. Il n'y a pas de tuberculose stéthoscopique en évolution. C'est là seulement un semis microbien qui avortera, mais qui n'en détermine pas moins des symptômes d'infection générale : faiblesse, malaises, léger catarrhe, dyspnée d'effort, etc.

D'autres fois, la bronchite se localise à un sommet, par exemple, ou forme un foyer plus marqué à une base, foyer que l'on retrouve dans les bronchites ultérieures. Le malade, du reste, sent parfois lui-même ce point faible de son poumon qui se prend infailliblement à chaque inflammation, à chaque bronchite nouvelle.

Dans d'autres cas, cependant, il existe des symptômes plus précis de tuberculose. On trouve à un sommet de la respiration grenue. L'auscultation méthodique des deux temps de la respiration montre une inspiration rude et grave ou faible ou courte et superficielle. L'expiration est prolongée, saccadée. On peut trouver de la submatité. La capacité respiratoire est médiocre, les mouvements respiratoires n'ont qu'une faible amplitude.

Citons, en terminant, un dernier symptôme, le signe du retentissement pulmonaire unilatéral, ou bronchophonie

subjective, décrit par le docteur L. Murat dans la *Presse Médicale* du 29 mars 1899 (1).

Quand les malades parlent fort, ils *sentent* que leur voix fait vibrer le poumon tuberculisé. Quand la conversation s'anime et qu'il y a des éclats de voix, il en est même, comme l'auteur en a observé un cas, qui cherchent à atténuer cette résonnance gênante de la région infiltrée en immobilisant le bras du côté correspondant d'un mouvement instinctif — véritable sourdine mise au thorax du côté où il vibre.

Ce signe, fréquent chez les tuberculeux à lésions étendues, s'observe assez souvent nettement au début de la tuberculose et peut, dans nombre de cas, servir à révéler les formes légères que nous étudions ici. Il faut évidemment attirer l'attention du sujet sur ce symptôme.

La constatation nette de la bronchophonie et de l'augmentation des vibrations, signes de même ordre, n'est pas toujours contemporaine de la fine sensation de répercussion pulmonaire unilatérale de la voix, si précocement perçue par certains malades.

Le docteur L. Murat a fourni, dans ses diverses publications, un certain nombre d'observations de tuberculeux très légèrement touchés, où ce signe était manifeste.

Knopf (de New-York) a, en particulier, utilisé fréquemment ce signe. Il a signalé les services qu'il lui a rendus « dans des cas très précoces » (Journal of American Medical Association, 9 décembre 1899.)

Les observations suivantes compléteront le tableau symptomatologique.

---

(1) Voir aussi : Comptes-Rendus du Congrès internat. de la tuberculose, Paris, 1905. (Rapport du professeur Mariani, de Gênes, sur le diagnostic de la tuberculose : Signe de Murat, p. 66). C. R., t. 1, Masson, éditeur ; Rénon, Le diagnostic précoce de la tuberculose, in 12, 1906, etc.

OBSERVATIONS

Observation première

Mlle A. S..., 31 ans, frère mort de tuberculose. Guérie depuis deux ans d'une chlorose très marquée avec teint olivâtre, anorexie et divers symptômes neurasthéniques. Sans prédisposition spéciale aux bronchites, elle contracte un rhume après avoir donné ses soins à des phtisiques dans une maison de santé (hiver de 1903). Ce rhume, au lieu d'évoluer en 15 à 20 jours, persiste tout l'hiver. Expectoration peu abondante, surtout matutinale, accompagnée de quelques petits crachements de sang. Larynx devenu susceptible aux changements de température. Voix fréquemment et facilement enrouée. Un peu de faiblesse et d'amaigrissement. Rien de précis à l'auscultation.

Peu à peu, disparition des crachats striés de sang, de la faiblesse. Guérison sans interruption de travail, par quelques précautions d'hygiène, aération, bonne alimentation, absence de surmenage. Durée de la maladie : de février à juin 1903.

Observation II

M. S..., 47 ans, commandant de paquebot. Frère mort phtisique à 32 ans. Santé excellente à bord. Pas de pré-

disposition spéciale aux rhumes. Ayant soigné à Vichy une légère affection du foie contractée au Dahomey et ayant prolongé plusieurs mois son séjour à terre, est pris d'un rhume qui rechute et traîne tout l'hiver, avec expectoration variable, parfois épaisse et visqueuse. Sensibilité extrême aux refroidissements, inconnue jusque-là du sujet. Manque d'appétit, amaigrissement manifeste qui préoccupe le malade. A l'auscultation, respiration rude au sommet, quelques râles dans les gouttières scapulo-vertébrales. Le malade éprouve la sensation d'ébranlement intra-pulmonaire du côté gauche, par le chant et la voix forte. Après six mois de malaises, guérison complète au printemps 1905 par bonne hygiène, air du large, carbonate de créosote.

Observation III

P. V..., 45 ans, valet de chambre, de haute stature et de forte corpulence, a été pris, il y a trois ans, d'une bronchite torpide, qui a duré plus de six mois et qui s'est accompagnée d'un affaiblissement inexpliqué (toxines tuberculeuses sans doute), avec douleurs rhumatoïdes des sommets, dyspnée pendant les efforts, sueurs nocturnes. Pas de signes d'auscultation bien précis aux sommets qui sont douteux.

Par un séjour à la montagne, sans interruption de travail, par une médication anticatarrhale (créosote, etc.), et malgré une bronchite aiguë surajoutée à l'arrivée (période d'acclimatement), l'expectoration disparut complètement, en deux mois, à l'altitude, en laissant cependant un affaiblissement général qui a persisté longtemps.

Observation IV

M. P..., négociant, 28 ans, vigoureux, a contracté durant l'hiver de 1902, à la suite de fatigues et d'excès de tous genres, une tuberculose bénigne : rhume, expectoration assez abondante, amaigrissement, teint pâle, traits tirés, yeux brillants, fatigue rapide, faiblesse générale. Bacilles de Koch dans les crachats. Au sommet droit, signes indéniables de lésions tuberculeuses constatées par divers médecins.

Le malade est envoyé à la montagne. On trouve à ce moment au sommet droit une respiration faible, de l'expiration prolongée, de la submatité et parfois quelques râles de bronchite sibilants et humides. En quelques mois, amélioration générale, couleurs au visage, augmentation du périmètre thoracique et du poids. Plus de bacilles de Koch dans l'expectoration qui a à peu près disparu. Guérison en six mois. Celle-ci persiste après six ans.

Observation V

L. D..., 33 ans, bonne santé habituelle, quoique maigre et mangeant peu. En 1902, on a constaté chez lui une toux sèche. A cette époque, il perd sa femme atteinte de tuberculose pulmonaire, contractée au chevet de son père mort phtisique l'année précédente. A la suite de cet événement, sa santé décline, l'amaigrissement et l'affaiblissement s'accentuent. Toutefois, la toux, l'expectoration et les signes stéthoscopiques sont trop peu marqués pour autoriser le diagnostic de tuberculose confirmée. Mais au début de l'hiver suivant, une bronchite subaiguë s'installe

avec un état général si affaibli que son médecin ne doute plus d'une affection tuberculeuse, lui prescrit le repos et une cure climatérique. A la suite de celle-ci, l'état s'améliore, les crachats sanguinolents du début ne se reproduisent plus, la maigreur diminue. Il ne reste plus qu'un peu de toux et une certaine faiblesse, qui disparaissent complètement au bout d'une année. Depuis, santé excellente.

Observation VI

M. G..., officier de marine, 35 ans, excellente santé, pas de faiblesse pulmonaire, malgré une atteinte de pneumonie il y a trois ans ; était, dans sa jeunesse, d'une santé frêle, très sujet aux bronchites. A 17 ans, il eut un « rhume négligé », une « bronchite chronique », avec amaigrissement, faiblesse générale, qui inquiéta beaucoup son médecin et sa famille. On conseilla la profession de marin. Quelques mois de mer eurent, en effet, raison de tous les symptômes morbides.

Observation VII

M. B..., employé de banque à Paris, voisin à son bureau d'un phtisique crachant sur le plancher, fut pris d'une bronchite fébrile, à début bruyant, qui traîna ensuite et laissa des symptômes manifestes de tuberculose pulmonaire droite : submatité légère de tout le côté et craquements très fins.

Après deux mois de traitement antituberculeux, toute expectoration disparut et le malade arriva à la guérison, du moins apparente. Il alla à ce moment à la montagne, où l'état général devint excellent : belles couleurs du visage, obésité légère, vigueur. Aucun symptôme morbide, sauf

des signes stéthoscopiques unilatéraux : crépitement léger, bruit de froissement, qui ne peuvent être que des signes de cicatrisation. Le malade a repris sa vie de bureau, en observant une stricte hygiène et résidant dans une villa de banlieue. Sa santé est restée florissante depuis six ans.

Observation VIII

Mme T., religieuse ursuline, 28 ans. Père mort tuberculeux. Souffre depuis huit ans de troubles dyspeptiques. Ceux-ci ont amené un état de faiblesse et d'amaigrissement assez prononcés. Elle contracte, il y a trois ans, une bronchite et expectore des crachats striés de sang. Le sommet gauche paraît très suspect de tuberculose à son médecin. Elle est alors traitée par le repos, puis envoyée, à la tête d'une communauté, à la montagne, où tous les symptômes, déjà amendés, disparaissent entièrement. Il ne reste plus que des signes atténués de dyspepsie chronique qui coexistent avec un état de santé très satisfaisant.

Observation IX

M. M..., d'une famille fort éprouvée par la tuberculose, présente, à dix-huit ans, à sa sortie de collège, des bronchites tenaces à répétition, une grande sensibilité au refroidissement, un état inquiétant de débilité et de la neurasthénie. Considéré à ce moment comme tuberculeux par son médecin, il renonce à toute carrière et retourne au plein air de la campagne, à la maison paternelle. Après quelques mois de repos, son état est meilleur et sa santé se rétablit peu à peu. M. M..., qui a continué à vivre à la campagne, a aujourd'hui 50 ans, et, quoique d'un tempéra-

ment toujours un peu délicat, il a conservé cependant un bon état de santé.

Observation X

Mme V. de C..., mariée à 18 ans, présente à cette époque, au cours de l'hiver, des catarrhes bronchiques répétés, avec amaigrissement, affaiblissement général, enrouement, petite toux, expectoration parfois abondante. Cet état inquiéta la malade et sa famille. Toutefois, l'amélioration survint au début de l'été. La malade se livra à des sports variés au grand air et guérit peu à peu.

Huit ans plus tard, elle eut une bronchite traînante, avec symptômes généraux marqués, bronchite dite grippale, mais vraisemblablement d'origine tuberculeuse. Il y eut probablement réinoculation sur terrain prédisposé. Les symptômes aigus disparurent vite, mais les symptômes catarrhaux et les signes stéthoscopiques persistèrent. Au sommet droit, râles sous-crépitants localisés. Deux médecins, dont l'un spécialisé dans les affections pulmonaires, diagnostiquèrent une tuberculose au 2e degré. Nous pensons qu'il s'agissait plutôt de râles de bronchite localisés sur une région légèrement tuberculisée. En effet, ces râles disparurent au bout de deux mois et la malade, auscultée à la suite, ne présentait plus qu'une respiration un peu rude à ce sommet. Séjour à la montagne. La malade accomplit, en outre, une cure d'automobilisme par beau temps, à travers des campagnes boisées, sur des routes peu poussièreuses et à une petite altitude. Peu à peu se dissipèrent les derniers signes : toux, expectoration, etc. La santé n'a plus laissé à désirer depuis quatre ans.

Observation XI

Marie G..., 17 ans, ouvrière corsetière à Paris, vit dans un logement insalubre et pauvre. Père phtisique avancé, traînant depuis douze ans une tuberculose ouverte et crachant sur le plancher, dans le mouchoir, etc. Elle contracte en septembre 1903 une bronchite qui dure plusieurs mois, avec expectoration purulente assez abondante et affaiblissement général. Deux médecins constatent au sommet droit de la submatité, de la respiration rude, de l'expiration prolongée, quelques craquements, indépendamment des râles de bronchite disséminés. En outre, répercussion interne de la voix perçue par la malade quand elle parle fort ou chante. Augmentation locale des vibrations. Bacilles de Koch à l'analyse. Peu à peu, la bronchite s'atténue, mais les signes pulmonaires persistant, la jeune fille est envoyée par une personne charitable, à la montagne. Là, transformation complète de l'état général et local : appétit très vif, engraissement rapide, visage coloré, retour des forces, vigueur, disparition de la toux et de l'expectoration. Plus de signes stéthoscopiques morbides. Bref, guérison complète, simplement par de l'hygiène, du repos, une bonne nourriture et de l'air pur. Santé parfaite depuis cette époque.

Observation XII

Mme G..., atteinte de métrite chronique, de dilatation d'estomac et de dyspepsie douloureuse, soignait son mari tuberculeux au troisième degré. En 1902, elle contracte une bronchite torpide qui dure tout l'hiver. On constate des crachements de sang et des symptômes légers de tu-

berculisation au sommet gauche : augmentation des vibrations, submatité, quelques craquements dans la fosse sus-épineuse. La malade quitte son mari, va à la campagne, puis, peu après, dans un sanatorium d'altitude où l'amélioration est très rapide. Il persiste cependant une ou deux mucosités le matin, quelquefois striées de sang. Mais peu à peu, tout rentre dans l'ordre.

L'année suivante, nouvelle contamination auprès de son mari : bronchite traînante, expectoration striée de sang, etc. Mais cet état disparaît à son tour en deux mois, à la suite d'un nouveau séjour à la campagne. Cette guérison facile est restée tout à fait assurée depuis lors.

Observation XIII

Mme F. V..., a eu un frère mort dans les premières années de la vie, peut-être de méningite. A l'âge de 25 ans, elle a maigri, s'est affaiblie. Elle toussait, crachait, avait de petites hémoptysies. Ne constatant rien au poumon, le médecin parla de chlorose, puis de maladie de cœur et donna même de la digitale. Après quelques mois, la guérison fut complète. Cette dame, sujette aux bronchites, de constitution toujours frêle et rhumatisante dans sa vieillesse (rhumatisme musculaire et articulaire déformant), est morte à l'âge de 84 ans, de pneumonie grippale.

Observation XIV

M. P. V..., 68 ans, fils de la précédente. Père mort à 75 ans. Sœur morte à 60 ans de mal de Bright. Des deux fils de cette dernière, l'un est mort à 34 ans d'une pneumonie tuberculeuse, l'autre est bien portant.

M. V... a eu, à l'âge de 28 ans, des bronchites torpides

à répétition, avec affaiblissement général, quelquefois stries de sang dans les crachats, et des diarrhées fréquentes et tenaces. A ce moment, une atteinte de tuberculose a été très suspectée chez ce malade par ses médecins. Au bout de quelques mois, au cours de l'été, les rhumes ont disparu et la guérison a été complète. Néanmoins, presque chaque hiver, jusqu'aux approches de la quarantaine, le sujet a contracté des bronchites traînantes et suspectes qui l'ont parfois beaucoup préoccupé. Depuis cet âge, excellent état de santé. Pas de traces d'anciennes lésions à l'auscultation.

Observation XV

Mme V..., femme du précédent, a soigné sa sœur, morte à 25 ans de tuberculose pulmonaire. Pas d'autre cas de tuberculose manifeste dans sa famille. Toutefois, un frère du père est mort à 20 ans d'une affection pulmonaire indéterminée. Père décédé à 50 ans d'une pleurésie suivie d'un anasarque. Mère morte à 75 ans d'une affection cardio-rénale. Mme V..., à la suite de la mort de sa sœur et de son père, la même année, présente une santé délicate et des catarrhes bronchiques traînants qui finissent cependant par bien guérir. Trois ans après, mariage. Quatre ans plus tard, à la naissance d'un deuxième enfant, de nouveau laryngo-trachéites et bronchites interminables, avec sueurs nocturnes, névralgies thoraciques, quelques stries de sang dans les crachats, amaigrissement et, surtout, affaiblissement prononcé. La malade, inquiète de son état, se rend à Montpellier, où le professeur Combal, dans une consultation écrite, porte le diagnostic de « pneumophymie » évoluant au sommet droit. La malade suit le traitement hy-

giénique et le régime prescrits, et guérit en quelques mois. Cet état morbide avait duré un an environ.

Quelques années plus tard, à l'âge de 32 ans, nouvelle inoculation tuberculeuse probable. Nouvelles bronchites tenaces et répétées inquiétant la malade. Traitement hygiénique et cure dans une station thermale de montagne. Guérison.

A 41 ans, la santé s'altère encore. Catarrhe bronchique persistant tout l'hiver, diminution de forces, expectoration donnant de nouveau des inquiétudes par son abondance et sa ténacité. Un peu d'amaigrissement. Quelques troubles digestifs datant, du reste, d'un certain nombre d'années. Au printemps, la malade contracte un érysipèle à l'avant-bras, à la suite d'une injection hypodermique d'huile créosotée. L'érysipèle a une action manifeste des plus efficaces sur l'affection catarrhale, dont il détermine la guérison. Depuis lors, la santé est toujours restée bonne.

Observation XVI

Le fils aîné de la précédente, âgé de 32 ans, assez robuste au cours de l'enfance et de l'adolescence, malgré une certaine susceptibilité pulmonaire qui avait à plusieurs reprises inquiété les parents, fut atteint d'une bronchite grippale fébrile, peut-être tuberculose bénigne méconnue. Il présenta, à la suite, de l'affaiblissement général, des sueurs nocturnes, des douleurs intercostales, un essoufflement au moindre effort, enfin une grande sensibilité laryngée : impossibilité de lire un journal à haute voix sans enrouement, etc., et une expectoration journalière peu abondante, mais impossible à tarir.

Au début, signes d'auscultation incertains. Signe sub-

jectif de retentissement pulmonaire de la voix au sommet gauche très net. Par la suite, on put constater à ce sommet des modifications du murmure respiratoire, une expiration prolongée, quelques légers frottements, des symptômes de congestion chronique, enfin de la submatité.

Après divers traitements hygiéniques et climatériques, puis une hygiène rigoureuse, sans interruption des occupations, l'état de santé est revenu fort bon. Depuis lors, quelques rechutes, somme toute très bénignes, sont cependant à mentionner, rechutes dans lesquelles les mêmes symptômes ont été seulement ébauchés passagèrement, avec quelquefois des stries de sang dans l'expectoration. Elles ont été contractées en hiver après des périodes de surmenage. Elles n'ont laissé aucune trace marquée dans le poumon.

Observation XVII

M. J. V..., 28 ans, frère du précédent, a eu une santé plus délicate. Propension aux engorgements des ganglions. Respiration parfois gênée : le sujet dormait la bouche ouverte. Coryzas et inflammations fréquentes de la trompe d'Eustache.

Il y a 13 ans, M. J. V... était un peu amaigri, avait les clavicules et omoplates saillantes, le teint terreux, décoloré. Il présentait parfois de petites quintes de toux en mangeant, dues à la susceptibilité du larynx. Il expectorait seulement quelques mucosités par jour, grisâtres, non purulentes, mais quelquefois légèrement teintées de sang. Douleurs rhumatoïdes aux épaules. Poitrine très étroite. L'auscultation, pratiquée par deux docteurs, dont l'un professeur d'une Ecole de médecine, révélait un début de tuberculose au sommet droit. Ce jeune homme, qui conti-

nuait néanmoins ses études, est envoyé, à l'époque des vacances, dans une station thermale. Là, l'expectoration présente encore, une fois, un peu de sang ; cependant, l'altitude (1.000 mètres), le changement d'air, les inhalations donnent de bons résultats, surtout au point de vue général. Le sujet reprend ses études.

L'hiver suivant, une bronchite torpide s'installe de nouveau et l'on trouve dans la fosse sus-épineuse droite de la respiration grenue, de l'expiration prolongée, quelques sibilances localisées ; de plus, submatité sous la clavicule droite et respiration rude à ce niveau. L'été suivant, nouvelle cure d'altitude. Le poids s'accroît, le visage prend des couleurs, le tour de poitrine augmente. Peu à peu, à la suite, la santé se raffermit. L'expectoration devient insignifiante. Un an après, on ne trouve plus au poumon qu'une légère obscurité à la percussion et une respiration un peu rude. Le sujet est considéré désormais comme bien portant.

En 1903, résidant dans une région maritime, il présente, par intermittence, quelques traces fugaces d'eczéma. Le larynx, étant redevenu susceptible et facilement irritable, donne des inquiétudes. Cure en hiver à 1.400 mètres d'altitude. Nous avons pu constater chez ce sujet, comme chez plusieurs autres dans des cas semblables, l'efficacité surprenante et bien digne de remarque, sur la susceptibilité et la délicatesse laryngées, du climat froid, mais très sec, de la haute altitude en des lieux abrités. Depuis lors, le larynx est aguerri et l'état de santé est demeuré excellent.

Observations diverses

A ces observations personnelles, qui ne sont pas les seules que nous eussions pu citer, ajoutons celles qui ont fait l'objet de deux cliniques du professeur Landouzy.

Ce dernier nous dit : « Il existe, avec ou sans réaction fébrile, avec ou sans état typhique, une bacillose, une pré-tuberculose... De tels sujets viennent consulter pour leur état général défectueux, leur perte d'appétit, leur amaigrissement. Ils sont essoufflés, ont une diminution de la tension vasculaire, de l'aménorrhée s'il s'agit de femmes. Quelques-uns ont de la fièvre. » L'auscultation ne révèle aucun symptôme morbide. Il en est qui ne deviendront jamais tuberculeux. Et ailleurs : « Nombre d'individus qui passent pour avoir des embarras gastriques fébriles, des typhoïdettes, sont atteints de fièvres bacillinémiques. A cet égard, je possède un important dossier. Le bacillaire n'aboutit pas nécessairement à la tuberculose. Quantité de malades guérissent sans dépasser ce stade. » (*Concours médical*, 1905.)

Marfan a rapporté de son côté plusieurs cas de tuberculose pseudo-grippale curable. « Il s'agissait, nous dit-il, de sujets bien portants jusque-là qui semblaient atteints de grippe par les symptômes locaux et généraux, mais la maladie avait une marche traînante. Les malades ressentaient une fatigue inusitée et présentaient un léger mouvement fébrile le soir, avec des sueurs. Pourtant l'appétit était conservé et ils accomplissaient leurs occupations journalières... En raison de la persistance de la fatigue générale et du catarrhe bronchique diffus, nous avons examiné les crachats dans ces trois cas et nous y avons trouvé des bacilles de la tuberculose. »

Guérison complète de l'un des malades en 4 mois ; d'un autre en 6 mois ; le troisième n'a pas été suivi. « Sans la recherche des bacilles, nous pouvons affirmer que, chez ces malades, la tuberculose eût certainement passé inaperçue. » (Traité de médecine de Bouchard et Brissaud, 2e édition.)

Chaix, dans sa thèse sur « Les tuberculoses latentes pulmonaires » (1904), fournit une dizaine d'observations prises dans le service de Mosny, où l'on a constaté la présence passagère des bacilles de Koch dans les crachats et une guérison rapide dans des états fébriles pneumoniques, grippaux, typhiques.

A. Renaud nous fournit une observation semblable (*Semaine médicale,* 13 mai 1908) : Chez une fillette de 8 ans, déjà guérie quelques années auparavant de tuberculose ganglionnaire bronchique et d'infiltration du sommet gauche et de la base droite, les mêmes régions pulmonaires se reprennent en février 1903. Il existe un état fébrile typhoïde (38 à 39°), des symptômes abdominaux, des crachats bacillifères, etc. Au bout de quelques mois les signes pulmonaires s'effacent peu à peu et disparaissent sans traitement. Excellent état de santé depuis lors.

Relativement à la tuberculose bénigne, on pourrait consulter encore les travaux suivants : Mosny, Les tuberculoses latentes (Congrès international de la tuberculose, 1905) ; Plicque, Les tuberculoses éteintes ; Daremberg et Chuquet, Histoire de tuberculeux guéris (1905) ; Ferrier, Guérison spontanée de la tuberculose, in-16, 1906 ; Bernheim, La prétuberculose (Revue internat. de la tuberculose, décembre 1907), etc.

Citons, en terminant, l'opinion d'Héricourt (*Revue scientifique,* 1905) : « La tuberculose atténuée est très répandue... On doit lui rapporter fréquemment les accès

de fièvre aberrants, la fièvre de croissance, les hypertrophies amygdaliennes, etc. Elle est infiniment plus fréquente qu'on ne le pense... au point qu'on a pu diviser l'humanité en deux groupes, les tuberculeux et les arthritiques ».

Or, d'après les idées de Poncet, nous l'avons vu, les arthritiques eux-mêmes seraient des tuberculeux. Le domaine clinique, le champ si vaste de la tuberculose bénigne s'étend chaque jour.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, TRAITEMENT

§ Ier. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic ressort des symptômes spéciaux que nous avons décrits dans le chapitre précédent, ainsi qu'à propos de l'étiologie. Reprenons cependant certains points, particulièrement utiles au diagnostic différentiel.

Les antécédents héréditaires sont d'un certain secours. Si les parents ont été atteints de tuberculose bénigne, ou de tuberculose commune dont les uns ont guéri et dont les autres sont morts, il est à présumer que les descendants auront presque fatalement, au cours de leur existence, une ou plusieurs tuberculoses bénignes. L'esprit doit donc être en éveil, et prévenu en faveur de ce diagnostic, aux moindres accidents. Qu'on veuille bien se rapporter à l'exemple que nous avons donné d'une famille entière atteinte de tuberculose bénigne.

Les antécédents personnels sont aussi à prendre en considération. S'il y a des stigmates de scrofulides, s'il existe de l'adénopathie trachéo-bronchique, s'il y a eu des tuberculoses cutanées ou ganglionnaires, si le malade a été atteint de pleurésie, de pneumonie traînante, de fausses poussées de grippe, de congestions, de bronchites prolongées, de spléno-pneumonie ; s'il a vécu longtemps auprès d'un phtisique sans précautions d'hygiène, et s'il présente actuellement les signes habituels mais peu graves de la

prétuberculose (Grancher, Landouzy, Labbé) ou des tuberculoses latentes (Baumgarten, Kelsch), toutes les chances sont pour qu'il s'agisse, dans la majorité des cas, de tuberculose bénigne.

Toutes les méthodes aujourd'hui préconisées pour dépister la tuberculose chronique à ses débuts, seront employées avec utilité : l'épreuve de l'iodure, de la tuberculine, l'examen du chimisme respiratoire suivant la méthode de Robin et Binet, l'examen des urines (diminution des chlorures dans l'organisme), la radioscopie et la radographie quelquefois, les tracés pneumographiques, la recherche de la diminution de l'expansion des sommets, du signe subjectif de retentissement pulmonaire au niveau des tissus irrités ou indurés, de la tachycardie et de l'hypotension vasculaire, de l'instabilité thermique (signe de Daremberg et Chuquet), du mouvement fébrile ou subfébrile vespéral, la constatation des fausses poussées de grippe qui se répètent, le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont, l'inoculation aux animaux, les cultures sur sang gélosé, l'ophtalmo-réaction, la cuti-réaction, etc.

Relativement à la recherche des bacilles dans les crachats, en vue du diagnostic des formes latentes, Marfan écrit : « Il est vraisemblable que certains rhumes persistants, mais qui finissent par guérir, se rapportent à des tuberculoses latentes, bénignes ou curables. L'auscultation, la recherche des bacilles pratiquée au moment de ce rhume, eussent-elles permis de reconnaître les tubercules ? Cela est possible, mais n'est pas encore prouvé. De là un enseignement : la tuberculose que nous diagnostiquons n'est peut-être pas la plus commune. Il existe aussi un grand nombre de tuberculoses bénignes ou curables, dont l'évolution cesse avant que nous puissions les diagnostiquer... Il serait donc fort intéressant de posséder un

moyen sûr de reconnaître les phtisies latentes. Quelques faits nous portent à penser que l'examen bactériologique des crachats pratiqué sur une large échelle, permettrait de déceler des bacilles dans les crachats de certains sujets chez lesquels cette découverte serait une grosse surprise. » (Marfan, *in* Traité de médecine de Bouchard et Brissaud.)

On peut poser en principe, au point de vue clinique, que tout sujet qui est rationnellement soupçonné de tuberculose et chez qui aucune autre affection ne peut être légitimement diagnostiquée, doit être considéré comme déjà réellement tuberculeux.

C'est croyons-nous, une notion à affirmer et à répandre. Elle éclaire et commande la thérapeutique. Il y a peu d'erreurs et elles ne doivent pas entrer en ligne de compte pour s'opposer à l'affirmation de ce diagnostic très vraisemblable et profitable au sujet. Il y a tuberculose bénigne et non prédisposition, faiblesse, qualifications vagues qui sont en l'occurrence erronées.

Il est donc vraisemblable que la généralité des trachéo-bronchites tenaces, plus persistantes que de coutume, sont liées à l'imprégnation tuberculeuse.

Ces rhumes torpides, ces bronchites larvées récidivantes sont des tuberculoses à répétition, ou, si l'on veut, des répétitions générales de la tuberculose commune. La pièce ne sera jamais jouée qu'en sourdine, si les moyens d'arrêt restent toujours à peu près normaux. Ce sont des essais du bacille de Koch, s'attaquant à un poumon délicat et mal défendu, sur lequel se produit fréquemment une germination passagère, toutefois vite arrêtée, mais qui peut cependant finir par être un jour la proie accidentelle d'assaillants plus nombreux ou mieux armés.

On voit l'intérêt thérapeutique de cette conception, l'importance qu'il y a à empêcher un tel sujet de se tubercu-

liser fréquemment par l'existence passée à la ville par exemple.

Quand les manifestations d'une bronchite, l'expectoration en particulier, dépassent un mois, chez un sujet habituellement en assez bonne santé et non catarrheux, et qu'elles s'accompagnent d'un certain affaiblissement et de quelques symptômes généraux inexpliqués, il y a probabilité de tuberculose bénigne ; s'il s'y joint de l'amaigrissement, si l'on peut constater aussi quelques-uns des autres symptômes particuliers décrits plus haut, la probabilité devient quasi certitude. Mais même dans le premier cas de rhume simplement traînant et anormal ou de pseudo-grippes légères répétées, le diagnostic pratique, thérapeutique, doit être celui de tuberculose bénigne.

« Nous sommes persuadés, écrivent MM. Grancher et Barbier, que, quand les médecins tiendront compte davantage de ce que nous avons décrit sous le nom de stigmates d'imprégnation tuberculeuse, le nombre des tuberculoses curables augmentera. Quand, chez un sujet prédisposé ou non, on voit sans cause survenir assez vite de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, de la diminution de l'appétit, de l'anémie, des douleurs vagues, etc., nous croyons qu'il faut se méfier et, si les urines donnent un excès d'Az et de Ph, nous pensons qu'il y a tuberculose en jeu... De combien de malades jeunes n'entendons-nous pas parler ainsi : « On ne sait pas ce qu'il a eu, il a passé un mauvais hiver », et on énumère les signes précédents. Ces états durent un mois, deux mois, quelquefois davantage ; il s'y ajoute parfois de la fièvre vespérale, des sueurs... Et ils se remettent. Qu'ont-ils eu ? On dit fatigue, dyspepsie, neurasthénie, anémie, etc. Dans ces cas, on méconnaît souvent, croyons-nous, une période d'inoculation tuberculeuse, et, quand on interroge les tuberculeux confirmés, on

retrouve souvent dans leurs antécédents des phénomènes analogues à ceux que nous venons de décrire. » (1) Les auteurs comptent peu, dans ces cas, sur l'examen bactériologique des crachats.

Il apparaît clairement que tous ou presque tous ces soi-disant « candidats à la tuberculose », ces prédisposés, ces affaiblis, qui traînent leur existence languide, leur délicatesse pulmonaire parmi nous à la ville et à la campagne, dans les stations estivales de montagne ou hivernales sur les côtes maritimes, qui suspendent leurs études ou simplement se ménagent sans interrompre leur genre de vie, bref qui s'élèvent dans des « boîtes à coton », sont en réalité des tuberculeux atteints de la forme bénigne.

Dans un assez grand nombre de cas, peu de signes certains, nous l'avons dit, sont à notre disposition pour établir le diagnostic de la maladie que nous étudions. On la devine à la faiblesse de l'appareil respiratoire, soit qu'elle tranche manifestement sur la vigueur des autres organes, soit qu'elle s'accompagne d'un état général affecté. C'est une conviction de clinicien plutôt qu'un ensemble de signes évidents. Le diagnostic se fait par exclusion, comme on le fait journellement pour la fièvre typhoïde et pour tant d'autres maladies.

Quant au diagnostic différentiel de la bronchite aiguë ou chronique, de la chlorose, de l'arthritisme, des atélectasies nerveuses, de la tuberculose latente, il repose sur les signes suivants :

La trachéo-bronchite et la bronchite simple sont plus franches, plus nettes, plus aiguës, plus courtes ; elles ne

---

(1) Grancher et Barbier, *in* Traité de médecine de Brouardel, Gilbert et Girode.

traînent pas, elles viennent à la suite d'une cause évidente (refroidissement), en pleine santé, et n'affectent pas l'état général du sujet qui est d'habitude excellent. Il n'y a pas de dépression anormale des forces, de stries de sang dans les crachats, ni aucun des petits signes que nous avons énumérés.

La bronchite de la tuberculose bénigne est souvent à prédominance unilatérale. Elle reprend, dans les rechutes, les mêmes régions pulmonaires. On peut parfois déceler le bacille de Koch dans l'expectoration.

Une partie des mêmes signes permettra de diagnostiquer la tuberculose bénigne à forme grippale. Bon nombre de grippes, au lieu d'être dues au bacille de Pfeiffer si fréquemment mis en doute comme cause habituelle de l'affection, sont dues au bacille de Koch, aux bacilles tuberculogènes, non acido-résistants, décrits par Ferran (de Barcelone), etc.

Le diagnostic des tuberculoses bénignes prolongées et de la bronchite chronique, pourra être fait parfois à l'aide des signes suivants : état général plus délicat et susceptibilité pulmonaire plus grande dans la tuberculose bénigne. Dans cette dernière, en outre, les signes de bronchite s'ils existent, sont souvent plus marqués au sommet ; la percussion d'un des sommets peut fournir un son tympanique, alors que l'autre côté donne un son normal (tympanisme dû à l'expansion du tissu pulmonaire qui environne le semis de granulations). Enfin, l'emphysème généralisé est exceptionnel dans les affections tuberculeuses et commun dans la bronchite chronique.

D'autre part, une tuberculose, même très bénigne, peut très bien entretenir une inflammation torpide, une hypersécrétion chronique simple des voies respiratoires, qui de-

vient le symptôme le plus manifeste de l'affection sans présenter souvent néanmoins de bacilles.

En fait, les catarrhes subaigus ou chroniques de la maturité et de la vieillesse sont fréquemment tuberculeux ; mais comme le disent MM. Debove et Achard : « Le mot de Lasègue est assez vrai : Après 45 ou 50 ans il est indifférent d'être phtisique ou de ne l'être pas ».

Le diagnostic doit être fait avec certaines formes particulières de tuberculose latente. La tuberculose latente offre, en effet, plusieurs modalités. Nous distinguerions :

1° La forme que Briault dénomme « tuberculose occulte » (Briault, thèse de Lyon, 1896). S'appuyant sur des observations de Loomis et de Pizzino, etc., et sur ses recherches personnelles, Briault pense que le bacille peut se fixer et séjourner sans déterminer aucune lésion en divers points de l'appareil respiratoire, dans les ganglions bronchiques par exemple. Dans cette tuberculose occulte, il n'y a évidemment pas de diagnostic à faire puisque la constatation n'est qu'une trouvaille de bactériologue, et le terme même de tuberculose occulte paraît impropre, car il n'y a pas plus ici tuberculose qu'il n'y a pneumonie chez les sujets dont la salive contient habituellement le pneumocoque.

2° La tuberculose bénigne ordinaire, presque toujours curable spontanément, que nous décrivons ici, mais qui, en réalité, n'est point tout à fait latente et qui doit être couramment diagnostiquée. Après avoir rapporté les travaux de Briault, Chaix (Tuberculose latente pulmonaire, thèse de Paris, 1904), écrit : « Mais si, chez les descendants de phtisiques, on constate anormalement de la chloro-anémie, de la neurasthénie, de la fatigue, des troubles morbides indéfinissables, il ne faut pas hésiter à porter le diagnostic de tuberculose ». Cet écho de l'enseignement des

maîtres n'est-il pas en parfaite concordance avec les idées que nous exprimons dans ce travail ?

3° La tuberculose latente grave (phtisie occulte de Bayle), où manquent seulement les symptômes d'auscultation, soit qu'il s'agisse de noyaux centraux d'infiltration, cas où le signe subjectif du retentissement pulmonaire unilatéral peut rendre particulièrement des services, soit qu'il s'agisse d'empoisonnement organique dû à des bacilles extrêmement virulents, agissant plutôt par les toxines qu'ils sécrètent que par les lésions anatomiques insignifiantes et insaisissables qu'ils déterminent.

Cette dernière forme, cette phtisie latente s'éloigne de la tuberculose bénigne que nous décrivons, tout autant que de la tuberculose pulmonaire vulgaire ; sa symptomatologie est bien différente. La fièvre, l'amaigrissement profond progressif, les sueurs profuses, la toux sans signes stéthoscopiques, la dyspepsie, le teint décomposé, souvent verdâtre, comme nous l'avons constaté, bref, la marche vers un état cachectique, tout indique la gravité de l'affection.

Tuberculose latente et tuberculose bénigne ne sont donc pas termes synonymes et ne doivent pas être confondues, car si la tuberculose latente comprend surtout des cas de tuberculose bénigne, elle embrasse aussi des cas de tuberculose maligne.

Les cas malins de tuberculose latente peuvent, au début, présenter des apparences bénignes comme toutes les maladies ; mais, au total, ces cas sont peu nombreux et aucun diagnostic ne serait possible si l'on voulait tenir compte des cas d'exception et si l'on ne s'en tenait point au tableau clinique, à la physionomie propre de la généralité des observations. Or, la tuberculose bénigne ordinaire, journellement rencontrée dans la pratique et qui n'est

qu'un rhume un peu spécial, un peu long et pénible, n'a rien à voir avec les tuberculoses latentes infectieuses à évolution fatale.

Notons encore que l'arthritisme peut donner les signes d'une congestion du sommet avec râles sous-crépitants, que les névroses, l'hystérie, la neurasthénie pourraient, d'après certains auteurs dont nous citons ici l'opinion pour mémoire, s'accompagner de submatité du sommet, d'images radioscopiques capables d'induire en erreur (atélectasies nerveuses du poumon). Mais les symptômes arthritiques ou névropathiques accentués guideraient le praticien.

En ce qui concerne les névroses, l'enseignement de notre maître, M. le professeur Grasset, est que les affections nerveuses ne vont point jusqu'à produire les signes pulmonaires que nous venons d'indiquer.

La neurasthénie tuberculeuse est un état morbide fréquent. La tuberculose bénigne est fort souvent, par ses toxines atténuées, mais continuellement sécrétées, la cause secrète du syndrome neurasthénique et de la plupart des états de langueur inexpliqués.

La syphilis pulmonaire, généralement localisée au lobe moyen du poumon droit, se révélera par les stigmates de l'affection : gommes, ulcérations, déformations, etc., et les commémoratifs. Le cancer pulmonaire a une évolution rapidement grave.

La dyspepsie, l'asthme peuvent parfois masquer la tuberculose bénigne. Quand ces affections résisteront à la thérapeutique qui doit logiquement les améliorer, ou quand elles offriront quelques symptômes suspects, on devra songer à la possibilité d'une tuberculisation légère et rechercher les signes que nous avons énumérés. L'asthme, l'emphysème, la bronchite chronique des personnes

âgées, maladies appelées parfois, à tort du reste, des brevets de longue vie, sont très souvent, nous l'avons dit, sous la dépendance du bacille de Koch.

« Bon nombre d'emphysémateux et d'asthmatiques, ainsi que l'écrit M. Pierre Lereboullet (Pratique médicale, de Brissaud, Pinard et Reclus, 1907), sont en réalité des tuberculeux. » Cet auteur ajoute : « Certaines néphrites, certaines cirrhoses se présentant cliniquement sans cause nette, sont sous la dépendance de la tuberculose. Il en est de même de beaucoup de cas, qualifiés de chlorose. » Signalons ici, sur ce dernier point, l'étude et les observations de Vautier sur « les tuberculoses larvées, chlorotiformes. (Thèse de Paris, 1906.)

Le diagnostic de la chlorose vraie ou de l'anémie essentielle est souvent relativement aisé par l'examen du sang. En cas de tuberculose, on trouve les signes d'une anémie symptomatique. Les anémies symptomatiques sont, la plupart du temps, a-t-on dit, d'origine tuberculeuse chez les jeunes gens, cancéreuse chez les vieillards. L'ensemble des signes propres à ces affections permettra d'ordinaire d'arriver au diagnostic véritable.

§ 2. — Pronostic

La durée de la maladie que termine la guérison est, en général, de quelques semaines à six mois. Dans cette période, le cycle des moyens de défense naturels a eu largement le temps de se dérouler, les réactions de l'organisme se sont accomplies, et la lutte, sauf exception, est terminée.

La tuberculose bénigne peut se reproduire facilement sous le masque de catarrhes bronchiques nouveaux. Elle peut même donner parfois des inquiétudes à cause de la confusion possible avec les débuts de certaines phtisies

insidieuses : phtisies larvées initiales, tuberculoses torpides progressives, tuberculoses latentes infectieuses.

Dans la tuberculose bénigne, il n'y a pas la même gravité d'allures que dans ces dernières. D'autre part, le doute s'éclaire rapidement, puisque la tuberculose bénigne est de courte durée.

Dans les cas où le diagnostic reste en suspens, si l'état général n'est pas trop déprimé et n'est pas gravement atteint, si l'appétit est peu compromis, et l'estomac ni délabré, ni très menacé, si les semaines passent sans aucune aggravation des symptômes, soit généraux, soit locaux, bref, si on n'a pas la sensation d'un organisme attaqué par un ennemi perfide et puissant, si on n'a pas non plus l'impression que le malade descend de plus en plus des échelons nouveaux, mais bien qu'il y a état stationnaire peu grave et bien supporté, on peut avoir bon espoir en la bénignité de l'affection.

Il n'y a pas à dissimuler le diagnostic puisqu'il comporte la pleine bénignité, tout en plaçant néanmoins la cause et le traitement sur leur véritable terrain. Quand la notion de la tuberculose bénigne sera répandue dans le public, et quand il saura qu'elle n'est guère plus sérieuse qu'une trachéo-bronchite ordinaire, qu'elle guérit bien, à peu près constamment, il n'y aura aucun inconvénient à la diagnostiquer couramment sur de fortes présomptions seulement, comme on diagnostique beaucoup de maladies.

La tuberculose bénigne peut parfois cependant précéder des inoculations plus virulentes, capables de déterminer le développement d'une phtisie. On devra se prémunir contre l'apparition possible d'une tuberculose chronique dans l'avenir, lorsque le sujet est de constitution frêle, d'une famille de tuberculeux, ou bien lorsque l'équilibre vital aura été sérieusement compromis à l'occasion d'une tuber-

culose bénigne, lorsque celle-ci aura été particulièrement lente à guérir, ou se sera répétée plusieurs fois avec une grande facilité.

Cette affection à évolution discrète, peut être aggravée par un traumatisme local. MM. Toinot, G. Brouardel, Mosny, dans des travaux divers relatifs aux accidents du travail, affirment que les tuberculoses post-traumatiques, si fréquentes, sont dues en réalité à l'aggravation de tuberculoses préexistantes non diagnostiquées.

Quant aux formes tenaces et prolongées de la tuberculose bénigne qui rejoignent la tuberculose torpide ordinaire, disons que plus la lésion est ancienne et moins elle est inquiétante. Chaque année qui s'écoule dans l'état stationnaire, peut être considérée comme une amélioration. Si la première atteinte de tuberculose s'est déclarée de 18 à 20 ans, par exemple, et que l'on puisse atteindre 30 à 35 ans sans que les rechutes, parfois assez nombreuses, qui ont pu se produire dans l'intervalle, — j'entends par là les tuberculoses bénignes répétées ou surajoutées qui ont évolué — aient abouti à des lésions marquées et déjà quelque peu sérieuses des poumons, on peut avoir tout espoir.

Si le poumon, malgré ces assauts répétés et sa délicatesse incurable — les atteintes ordinaires, postérieures à la première, sont cependant en général atténuées par l'entraînement préalable de phagocytes — si le poumon, dis-je, n'a pas conservé trop de traces de ces combats, que l'auscultation reste nette, ou ne révèle que les signes de cicatrisation : respiration grenue ou faible, submatité, quelques frottements..., le sujet peut se considérer comme ayant doublé le cap dangereux. Les inoculations se feront de plus en plus rares et bénignes. La vigueur plus grande de l'âge adulte et la présclérose de la maturité feront le reste.

§ III. — Traitement

Le traitement, dans les cas surtout où les symptômes morbides sont accentués et tenaces, sera, à peu de chose près, celui de la tuberculose pulmonaire chronique à la période de début : aération, repos, suralimentation.., avec un peu moins de rigueur obligée dans l'observation des prescriptions systématiques.

I. *Aération permanente.* — Le tuberculeux devra vivre au dehors le plus possible. L'été, il laissera de jour la fenêtre ouverte. En hiver, il fera renouveler l'air fréquemment dans les appartements où il séjournera. De nuit, la fenêtre de la chambre à coucher doit rester au moins entrebâillée. Pas d'alcove, pas de tapis, pas de rideaux au lit, etc. Il évitera les salles où l'air est confiné et les lieux où les contaminations de tuberculose, de grippe, de bronchite, sont fréquentes : salles de théâtre, cercles, cafés, intérieur de tramways, etc.

On conseillera le déplacement à la campagne, et surtout, lorsqu'il sera possible, le séjour à la montagne ou, encore mieux, les voyages en mer (cure pélagienne) (1).

En ce qui concerne le traitement par l'altitude, bornons-nous à dire que le médecin devra choisir, suivant les cas, entre un sanatorium, une localité très élevée pourvue de bons hôtels — ces localités sont aujourd'hui assez nombreuses, — ou une station thermale : Mont-Dore (1.050

---

(1) L. et P. Murat, *Cure marine de la tuberculose et de la neurasthénie*, XVI-533 pages in-8°, avec figures hors texte et carte spéciale à la navigation de santé, H. Jouve, éditeur, Paris.

mètres), Cauterets (932 mètres), Eaux-Bonnes, La Bourboule.

II. *Repos.* — Le malade évitera les travaux physiques pénibles et les occupations intellectuelles absorbantes. Suppression des veilles. Lever tardif. Repos journalier, méthodique, de plusieurs heures, à la chaise-longue, dans un jardin ou près d'une fenêtre. Eviter le chant, la lecture prolongée à haute voix, etc.

Promenades lentes et sans fatigue, en des lieux abrités de la poussière et du vent. En-cas ou ombrelle contre le soleil ardent. Les promenades en voiture sont recommandables. La bicyclette n'est utile et inoffensive que si l'on va dans les chemins non poudreux, à petite allure et en plaine, sans effort. Le tourisme en automobile a donné quelques résultats, mais, dans la plupart des régions, l'abondance de la poussière des routes qui oblige au port de masques, indique assez la nocivité de ce sport.

III. *Suralimentation.* — En ce qui concerne le régime alimentaire, le principe est de manger le plus possible, par des repas multipliés, sans cependant faire violence aux forces de l'estomac. Alimentation riche et copieuse, sans exclusivisme. Les viandes sous toutes les formes : saignantes, rôties, grillées, bouillies, braisées ou en daube... et de toutes sortes : volailles, bœuf, veau mouton, charcuterie, gibier... les poissons divers, sardines à l'huile en particulier, les crustacés, les huîtres, le lait (pris bouilli), les œufs, le beurre, les graisses, sont les meilleurs aliments. La viande crue (mouton, bœuf, cheval) est excellente et constitue un véritable médicament antituberculeux (zomothérapie.

IV. — On ajoutera avec avantage aux prescriptions précédentes les frictions sèches ou à l'alcool de lavande au lever et l'hydrothérapie dans nombre de cas.

Les pointes de feu superficielles et répétées pourront souvent aussi hâter la guérison. La médication anticongestive qui donne de bons résultats dans les poussées tuberculeuses : sinapismes sur le thorax, pédiluves très chauds, prise de 0 gr. 25 de sulfate de quinine dans l'après-midi à titre de vaso-constricteur..., rendra parfois également des services.

Le traitement médicamenteux auquel on aura le plus fréquemment recours, s'adressera, suivant les indications dominantes, à l'état général : huile de foie de morue, glycérophosphate de chaux, lécithine, cacodylate de soude (en injections sous-cutanées), ou à la lésion locale et à l'élément catarrhal en particulier : créosote (lavements de Révillet), créosotal, tannin, thiocol, carbonate, phosphate ou tannate de gaïacol, etc.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 23 juillet 1908.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 23 juillet 1908.
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
